

Ärztliche Bescheinigung

über stationäre Krankenhausbehandlung nach Unfall

Versicherungsschein-Nr. <input type="text"/>	Wird von der INTER ausgefüllt! Schaden-Nr. <input type="text"/> Pers.-Nr. <input type="text"/>	
Herr/Frau <input type="text"/>	geboren am <input type="text"/>	Beruf <input type="text"/>
Str./Haus-Nr./Postfach <input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
Unfalltag <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Wegeunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
Stand der Verletzte z. Zt. des Unfalls unter Einfluß von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde eine Blutprobe entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> ‰ <input type="checkbox"/> nein	

Stationäre Krankenhausbehandlung (Untersuchungen, z. B. wegen Beurlaubung, bitte angeben)

in der Zeit vom bis und vom bis

Die Behandlung ist nicht beendet vorläufig beendet endgültig beendet

Art der Gesundheitsschäden:

Ist anzunehmen, daß infolge des Unfalls ein Dauerschaden verbleibt? ja nein

Sind diese Gesundheitsschäden auf den Unfall zurückzuführen? ja nein teilweise

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift des Arztes